



**Facultad de Medicina
Universidad Zaragoza**

**MASTER DE INICIACIÓN A LA
INVESTIGACIÓN EN MEDICINA.
CURSO: 2011-2012**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

CONSUMO DE SUSTANCIAS CANNABINOIDES Y PATOLOGÍA PSICÓTICA.

Alumna: Elena del Amo Cardeñosa

Director: Antonio Jesús Campayo Martínez

ÍNDICE

- 1. Justificación : 3**
- 2. Sistema endocannabinoide: 4**
- 3. Cannabis: 6**
- 4. Epidemiología del consumo de cannabis: 7**
- 5. Consumo de cannabis y síntomas psicóticos: 9**
- 6. Clasificación de los trastornos psicóticos (CIE-10):
10**
- 7. Hipótesis de trabajo: 30**
- 8. Objetivos: 30**
- 9. Material y métodos: 31**
 - 9.1. Diseño: 31**
 - 9.2. Sujetos: 31**
 - 9.3. Criterios de inclusión: 31**
 - 9.4. Criterios de exclusión: 32**
 - 9.5. Protocolo del estudio: 32**
- 10. Análisis estadístico: 33**
- 11. Resultados: 33**
- 12. Conclusiones y discusión: 35**
- 13. Bibliografía: 37**

1- JUSTIFICACIÓN

La patología psicótica, y más concretamente la esquizofrenia es una de las enfermedades psiquiátricas más importantes para la salud pública. Se encuentra entre las diez primeras enfermedades más incapacitantes a largo plazo (1). Una reciente revisión sistémica estima la prevalencia en la población general entorno al 0.33 - 0.66 % y la incidencia entorno al 10.2 - 22.00 por 100.000 persona-años(2).

Un aspecto importante a tener en cuenta de esta enfermedad es el coste que le supone al Sistema Sanitario. Dado que la prevalencia de la esquizofrenia es bastante constante en la población, los diversos estudios que se vienen realizando podrían ser extrapolados a diferentes países. En el año 2007 se realizó un estudio de farmacoeconomía en Reino Unido (3) acerca del gran coste que suponía la esquizofrenia y que en muchas ocasiones estaba infravalorado. Aparte de los costes directos (gasto farmacéutico, ingresos hospitalarios, personal sanitario...) realizaron un análisis más exhaustivo y añadieron los gastos indirectos como los de enfermos que vivían en residencias, prisiones, sin techo; pensiones no contributivas, bajas laborales e incluso tuvieron en cuenta los días de trabajo perdidos por familiares que tenían que cuidar de los pacientes o gastos de alojamiento cuando los enfermos estaban ingresados. Valorando también los gastos indirectos el resultado es un aumento de más del triple.

La causa exacta de la enfermedad es desconocida pero la evidencia sugiere que los factores genéticos, aspectos ambientales precoces (como por ejemplo complicaciones obstétricas) y la pobreza social contribuyen a su aparición. Entre los factores causantes la implicación de diversas vías de neurotransmisión se encuentran muy presentes también. Todo ello lleva a pensar, como hipótesis más probable, que el modelo es de estrés-diátesis, es decir, la existencia de una vulnerabilidad personal (diátesis) sobre la cual inciden estresores que ponen en marcha el proceso esquizofrénico.

No se disponen de marcadores biológicos patognomónicos ni pruebas objetivas determinantes para realizar el diagnóstico de esquizofrenia; y éste continúa haciéndose mediante la historia clínica y los síntomas observados y referidos por el paciente.

Dentro de los factores ambientales que podrían favorecer la aparición precoz de un brote psicótico se encuentran las sustancias psicoactivas y entre ellas, el cannabis (4). Existen numerosos estudios sobre los efectos neurocognitivos residuales que produce el cannabis (5). Su consumo a largo plazo podría afectar principalmente a la memoria, disminuyendo la capacidad para aprender y recordar nueva información. El consumo continuado de cannabis podría aumentar el riesgo de desarrollar síntomas psicóticos y la duración de los mismos.

España se encuentra a la cabeza de consumo de cannabis entre adolescentes y la población adulta, el tercer país de Europa tras la República Checa e Italia, según el informe de drogas de la ONU del año 2011 (7) y el primer país en tráfico de esta droga puesto que la situación geográfica hace que sirva de puerta de entrada a Europa. Por lo que los niveles de consumo dado las cantidades que se incautan en este país podrían ser

mayores de las que se declararon en las encuestas de la ONU. Parece ser que la tendencia de consumo de cannabis entre adolescentes ha ido en aumento en los últimos años (8). Se ha observado también un policonsumo de tóxicos entre estudiantes universitarios (9); alcohol, cannabis, tabaco y abuso de psicofármacos. La intervención precoz en la psicosis mejora el pronóstico (10), por lo que un buen programa de prevención contra el abuso de drogas podría ser beneficioso.

Dado que la relación consumo de cannabis y síntomas psicóticos parece existir, proponemos un estudio para describir el posible aumento de ingresos por episodios psicóticos con consumo de cannabis concomitante, mediante positivo a cannabis en analítica de orina, en el año 2001 y en el año 2011 en una unidad psiquiátrica hospitalaria de corta estancia para adultos (UCE psiquiátrica).

1- SISTEMA ENDOCANNABINOIDE

Es el sistema de neurotransmisión sobre el que actúan los cannabinoides de reciente descubrimiento (11). En 1964 se aisló el Δ^9 - THC (9 delta tetrahidrocannabinol), en 1990 se identificó el primer receptor cerebral cannabinoides (receptor CB1) y en 1994 el primer ligando endógeno, la anandamida.

Se han desarrollado múltiples investigaciones sobre sus funciones fisiológicas y su potencial terapéutico, además de aclarar los mecanismos de actuación del cannabis.

Es un sistema muy extendido, con un papel relevante en el desarrollo cerebral y regulando funciones fundamentales como el apetito, el metabolismo energético, la analgesia, el control motor, diversos sistemas neuroendocrinos, neurovegetativos (temperatura, emesis) o sistema de recompensa cerebral.

Tipos de receptores cannabinoides:

Ambos están acoplados a proteínas G. La activación del receptor produce una inhibición de la adenilato ciclasa y una disminución del AMPc.

CB1 presente fundamentalmente en el cerebro pero se ha ido conociendo su presencia en otros órganos (hígado, tejido adiposo, páncreas, estómago, músculo, corazón, pulmones, sistema reproductor...) En el cerebro, el receptor CB1 se localiza principalmente en el cerebelo y en ganglios basales, encargados de la coordinación motora (12). En el hipocampo tienen un papel en la memoria, en el córtex con relación con la regulación de las funciones cognitivas. En el tálamo regulan los mecanismos de dolor y las emociones, en el hipotálamo regulan el apetito (13). También se ha visto que tiene relación con el hábito tabáquico, tratamientos psicofarmacológicos de deshabituación tabáquica actúan sobre este receptor (14)

El receptor CB2 se relacionó inicialmente con el sistema inmune aunque posteriormente se han ido descubriendo otras funciones distintas y una localización más generalizada, incluyendo el cerebro.

Los dos ligandos endógenos principales son la anandamida y el 2-araquidonil-glicerol. La anandamida es una molécula con una estructura química muy distinta de los cannabinoides, con menos afinidad receptorial que el Δ^9 -THC, siendo un agonista del receptor CB1. El araquidonil-glicerol es más abundante e interacciona con receptores CB1 y CB2.

Además, se han descrito los mecanismos de síntesis y degradación de dichos cannabinoides. La síntesis se produce a través de precursores fosfolipídicos de la membrana celular y del catabolismo se realiza a través de la enzima amidohidrolasa de ácidos grasos (FAAH).

Es un sistema de neurotransmisión que modula a muchos otros sistemas como el dopaminérgico y de otras aminas cerebrales como serotonina y noradrenalina, a los sistemas gabaérgicos, glutamatérgico y opioide.

Algunas funciones del sistema cannabinoide endógeno:

- Regulación de la actividad y coordinación motora.
- Modulación de respuestas al estrés y el dolor.
- Regulación de procesos de memoria, aprendizaje, motivación, emociones y mecanismos de recompensa.
- Regulación de secreción hormonal.
- Control del vómito, la temperatura y el apetito.
- Control de la inmunidad y el desarrollo neuronal.
- Regulación de la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la broncodilatación.
- Regulación de sistema opioide.

Alguno de los efectos terapéuticos de los cannabinoides que tienen utilidad clínica son anorexígenos, antieméticos y analgésicos. (15). Otros estudios que se están llevando a cabo intentan demostrar la eficacia en trastornos del movimiento, osteoporosis, glaucoma, procesos proliferativos y esclerosis múltiple (16).

2- CANNABIS

Es una planta dióica, es decir, se distinguen plantas femeninas y masculinas. Las hojas y los brotes de las plantas femeninas secretan una resina que podría ser una reacción adaptativa para proteger la semilla del calor. El principal componente psicoactivo es el Δ^9 -THC (tetrahidrocannabinol^o). Las mayores concentraciones se encuentran en los brotes florecidos y, en menos cantidad en las hojas. Las semillas no tienen Δ^9 -THC.

La variedad de la planta usada con fines recreativos tiene una concentración de Δ^9 -THC del 2% al 5%. Parece ser que en los 10-15 últimos años los niveles de concentración de la sustancia activa han ido en ascenso, debido a las mejoras de cultivo (técnicas de cultivo hidropónico) y mejoras genéticas. Se han obtenido plantas con mejor concentración de Δ^9 -THC, de hasta un 20% (7).

La potencia de la planta va a depender de la variedad de la planta (industrial o recreativa), de condiciones de cultivo (humedad, temperatura), condiciones del almacenaje (con luz aumenta la degradación del Δ^9 -THC) o lugar de producción.

En Europa el consumo proviene principalmente de la planta cultivada en Marruecos, siendo España el país con mayor número de incautaciones y también uno de los países de mayor consumo de cannabis.

Los consumidores de marihuana suelen fumar cigarrillos de hojas y flores secas de la planta sin tabaco. El aceite de hachís es poco popular y hace referencia a un líquido viscoso que se obtiene tras hervir el hachís en un disolvente, filtrarlo y dejar evaporar el disolvente que puede ser éter o alcohol, y suele fumarse en pipa de vidrio.

CANNABINOIDES

Los cannabinoides son sustancias con una estructura carbocíclica de 21 carbonos. El primer cannabinoide aislado fue el cannabinol y posteriormente el cannabidiol (CBD), pero se observó que estos no eran los responsables de los efectos psicoactivos hasta que se descubrió el Δ^9 -THC en 1964. El Δ^9 -THC y el cannabinol constituyen el 95% de los principios activos de la planta.

El cannabidiol está más presente en el cáñamo industrial y poco en las plantas para consumo recreativo y se considera que puede contrarrestar algunos efectos de Δ^9 -THC, describiéndose efectos ansiolíticos (17). Hay otros cannabinoides como el cannabinocromeno, cannabiciolol, cannabielsoina, cannabigerol, cannabinidiol, cannabitriol. Todos los cannabinoides son básicamente lipofílicos. Son muy liposolubles por lo que permanecen mucho tiempo en el organismo, depositado en el tejido graso.

Las vías fundamentales de administración son la vía respiratoria, por su mayor rapidez de absorción, y por lo tanto, una percepción más rápida de los efectos subjetivos y la vía oral (por ej. Recetas con cannabis). Más del 30% del Δ^9 -THC de los cigarrillos desaparece por la combustión de estos.

El 11-hidroxi- Δ^9 -THC puede alcanzar el cerebro más rápidamente que el Δ^9 -THC. El metabolismo hepático se lleva a cabo por el citocromo P450, fundamentalmente por las isoformas 2C9 y 3A. La vida media de eliminación son 30 horas, pudiéndose detectar metabolitos en la orina durante 2-4 semanas. La excreción es fundamentalmente en heces (70%) y la orina donde se excreman metabolitos ácidos que se utilizan como marcadores de consumo. El Δ^9 -THC atraviesa la placenta y se secreta en la leche materna.

Se calcula que un cigarrillo tiene por sobre 1 gramo de cannabis, cuyo contenido de THC varía según su preparado (puede ser alrededor del 20% de THC). Del THC inhalado sobre el 50% pasa a los pulmones y de este, un 10-25% pasa a la sangre. Así pues, se absorbe entre 0.2-4.4 mg de THC. Se considera que la dosis mínima para los efectos farmacológicos es sobre 2 mg. Es posible que haya diferencias en la dosis obtenida entre fumadores habituales e inexpertos.

3- EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE CANNABIS

Los datos se obtienen principalmente mediante encuestas que se realizan en las aulas mediante cuestionarios anónimos y autoadministrados (18). Las de mayor fiabilidad a nivel nacional son: la encuesta estatal sobre el uso de drogas en estudiantes de secundaria (ESTUDES) y el Estudio de comportamiento de los escolares relacionados con la salud (ECERS-HBSC) que cubre también toda España. También existen otras a nivel regional bastante fiables como SIVFRENT-J de la Comunidad Autónoma de Madrid y la FRESC de Barcelona.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Prevalencia de consumo alguna vez en la vida							
Tabaco	60,6	64,4	63,4	61,8	59,8	60,4	46,1
Alcohol	84,1	84,2	86,0	78,0	76,6	82,0	79,6
Hipnosedantes*	6,1	6,1	6,4	6,9	6,5	7,0	7,6
Cannabis	20,9	26,4	29,5	33,2	37,5	42,7	36,2
Éxtasis	3,6	5,5	3,6	6,2	6,4	5,0	3,3
Alucinógenos	5,1	6,8	5,5	5,8	4,4	4,7	4,1
Anfetaminas	4,2	5,3	4,3	4,5	5,5	4,8	3,4
Cocaína	2,5	3,4	5,4	6,5	7,7	9,0	5,7
Heroína	0,5	0,5	0,9	0,6	0,5	0,7	1,0
I.Volátiles	3,1	3,3	4,2	4,3	3,7	4,1	3,0
Prevalencia de consumo en los 12 últimos meses							
Alcohol	82,7	82,4	83,8	77,3	75,6	81,0	74,9
Hipnosedantes*	4,4	4,5	4,7	5,0	4,5	4,7	4,8
Cannabis	18,2	23,4	25,7	28,8	32,8	36,6	29,8
Éxtasis	3,2	4,1	2,5	5,2	4,3	2,6	2,4
Alucinógenos	4,4	5,6	4,0	4,2	3,2	3,1	2,8
Anfetaminas	3,5	4,4	3,4	3,5	4,1	3,3	2,6
Cocaína	1,8	2,7	4,5	4,8	6,2	7,2	4,1
Heroína	0,3	0,4	0,6	0,4	0,3	0,4	0,8
I.Volátiles	1,9	2,0	2,6	2,5	2,2	2,2	1,8
Prevalencia de consumo en los últimos 30 días							
Tabaco	31,1	32,5	31,9	32,1	29,4	37,4	27,8
Alcohol	75,1	66,7	68,1	60,2	56,0	65,6	58,0
Hipnosedantes*	2,6	2,2	2,3	2,5	2,4	2,4	2,4
Cannabis	12,4	15,7	17,2	20,8	22,5	25,1	20,1
Éxtasis	2,1	2,3	1,6	2,8	1,9	1,5	1,4
Alucinógenos	2,6	2,8	2,0	2,0	1,2	1,5	1,3
Anfetaminas	2,3	2,6	2,0	2,0	2,0	1,8	1,4
Cocaína	1,1	1,6	2,5	2,5	3,2	3,8	2,3
Heroína	0,2	0,3	0,4	0,3	0,2	0,4	0,5
I.Volátiles	1,1	1,2	1,8	1,5	1,1	1,1	1,1

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información.

(*) Tranquilizantes y pastillas para dormir sin receta médica.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2006.

En 2006 las drogas más consumidas por los estudiantes de 14 a 18 años seguían siendo el alcohol, el tabaco y el cannabis. Un 79,6% había tomado bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, un 46,1% tabaco y un 36,2% cannabis. La proporción de consumidores de estas sustancias en los 30 días previos a la encuesta fue de 58% para alcohol, 27,8% para tabaco y 20,1% para cannabis.

Si se comparan estos resultados con los de las encuestas precedentes, se observa una disminución de la prevalencia de consumo de la mayoría de las sustancias, más acusado en el caso de tabaco, cannabis y cocaína. Estas dos últimas sustancias son, por otra parte, las drogas ilegales más extendidas y cuyo consumo había crecido más en los últimos años. Podrían haber influido en el descenso del consumo el aumento de la percepción de riesgo ante el consumo de tabaco, alcohol o cannabis y la disminución de la percepción de disponibilidad de las drogas por parte de los estudiantes.

El cannabis es la droga ilegal que se empieza a consumir a una edad más temprana. La edad media de inicio en el consumo se sitúa en los 14,6 años, siendo similar en ambos sexos y no mostrando variaciones significativas con respecto a años anteriores.

Edad (años)	14	15	16	17	18
Ningún día	92,5	83,4	77,5	72,3	68,3
Algún día	7,5	16,6	22,5	27,7	31,7
1-3 días	5,1	8,7	11,3	12,6	12,9
4-9 días	1,4	3,8	5,6	7,2	6,9
10-19 días	0,5	2,1	2,3	3,4	4,4
20 o más días	0,5	2,0	3,4	4,7	7,5

Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES)

En la encuesta ESTUDES publicada a finales de 2011 (19) se confirmó la tendencia decreciente iniciada en el año 2004. La prevalencia del consumo diario es de un 3%, mucho mayor en chicos (4,8% que en chicas, 1,8%).

Otro informe del 2008 (20) que se sirve de los datos de HBSC también refiere que hay una tendencia decreciente en cuanto al consumo de cannabis, pero al igual que el informe anual de drogas realizado por la ONU del año 2011 señala el inicio del consumo en edades cada vez más tempranas.

4- CONSUMO DE CANNABIS Y SÍNTOMAS PSICÓTICOS

Consumo de cannabis produce una serie de síntomas psicóticos de carácter transitorio, como pueden ideas delirantes, paranoides, alucinaciones auditivas y visuales, ideas de persecución, etc. La psicosis aguda y transitoria, inducida por el cannabis, podría ser el antecedente de la propia esquizofrenia, o de los denominados síntomas prodrómicos de esta enfermedad. (21)

Diferentes estudios epidemiológicos muestran que alrededor de 1/2 de los pacientes esquizofrénicos presenta alguna drogodependencia (53% odds ratio de 4.5). (22) De estos, un 42.9% consume cannabis habitualmente, es decir hay un abuso. (23)

Un grupo de investigación australiano, realizan un análisis de publicaciones de 53 estudios entre 1990 y 2002: 2/3 de los esquizofrénicos empiezan el consumo de cannabis antes que el desarrollo de la enfermedad, mientras que un 1/3 comienza el consumo posteriormente al inicio de su cuadro. (24)

En la esquizofrenia pueden existir dos tipo de síntomas: positivos y negativos. La mayoría de trabajos indica que el cannabis produce un aumento de los delirios y

alucinaciones en pacientes esquizofrénicos. (25) Estudios centrados en primeros episodios psicóticos también observan esta correlación. Una posible explicación es que los síntomas positivos aparecen en estadios iniciales de la enfermedad y el consumo de cannabis se ha visto implicado en una temprana aparición de la enfermedad. Sin embargo, en algunos estudios no se ha observado este aumento de los síntomas positivos y en otros sólo se muestra una tendencia hacia el incremento. Existe cierta controversia.

Se han observado un número significativamente menor de síntomas negativos entre los consumidores, o una tendencia hacia su reducción. En general, los metaanálisis confirman una menor presencia de estos síntomas en pacientes consumidores de drogas.

Sin embargo, en un estudio experimental a doble ciego y controlado con placebo, en el que se les administró Delta-9-THC a pacientes esquizofrénicos, se observó un aumento de los síntomas negativos tras la administración de la sustancia cannabinoide (27). Se ha observado que los pacientes esquizofrénicos son más sensibles a los efectos negativos del THC sobre la memoria y el aprendizaje que sujetos control.

Numerosos estudios de cohortes coinciden en que el consumo de cannabis se asocia con un aumento en el riesgo de desarrollo de esquizofrenia y/o síntomas psicóticos. La fuerza de esta asociación varía bastante de unos estudios a otros. Andreasson y cols, hace ya más de 20 años (27) calculó un riesgo relativo (RR) de 2,4 de desarrollar esquizofrenia para cualquier consumo de cannabis. Sin embargo, cuando los resultados de este estudio fueron reanalizados en un trabajo posterior, teniendo en cuenta factores de confusión, como el consumo de otras drogas y los rasgos de personalidad previos, el OR ajustado para cualquier consumo se redujo a 1,5. En 2007, Moore y cols, publicaron una revisión sistemática de 35 estudios longitudinales y elaboraron un meta-análisis de 11 estudios a OR ajustado fue de 1,41 para el riesgo de cualquier psicosis en individuos con algún consumo de cannabis.

Además, este estudio mostró una relación dosis–efecto dentro de la asociación cannabis–psicosis OR de 2,09 para el riesgo de psicosis en los individuos con consumo elevado de cannabis. (28). La conclusión general que se extrae de estos meta-análisis es que existe una asociación leve-moderada entre consumo de cannabis y psicosis.

5- CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS (CIE-10)

Se describen detalladamente los trastornos psiquiátricos con síntomas psicóticos que han aparecido en el estudio. Se incluyen también los producidos por el consumo de cannabis y múltiples sustancias.

F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas. (En el consumo de cannabis “x=2”)

F1x.0 Intoxicación aguda

Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.

Pautas para el diagnóstico

La intoxicación aguda suele estar en relación con la dosis de la sustancia, aunque hay excepciones en individuos con cierta patología orgánica subyacente (por ejemplo, con una insuficiencia renal o hepática) en los que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación desproporcionadamente grave. La desinhibición relacionada con el contexto social (por ejemplo, en fiestas o carnavales) debe también ser tomada en cuenta. La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo, y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. La recuperación es completa excepto cuando el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación. Los síntomas de la intoxicación no tienen por qué reflejar siempre la acción primaria de la sustancia. Por ejemplo, las sustancias psicotropas depresoras del sistema nervioso central pueden producir síntomas de agitación o hiperreactividad o las sustancias psicotropas estimulantes, dar lugar a un estado de introversión y retraimiento social. Los efectos de algunas sustancias como el cánnabis y los alucinógenos son particularmente imprevisibles. Por otra parte, muchas sustancias psicotropas pueden producir efectos de diferentes tipos en función de la dosis. Por ejemplo, el alcohol que a dosis bajas parece tener efectos estimulantes del comportamiento, produce agitación y agresividad al aumentar la dosis a niveles muy elevados.

F1x.1 Consumo perjudicial

Forma de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotropas por vía parenteral) o mental, como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia.

Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobados por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es sólo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como ruptura matrimonial.

F1x.2 Síndrome de dependencia

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (ver F1x.3, F1x.4) cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.

Una característica esencial del síndrome de dependencia es que deben estar presentes el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la

compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia. Este requisito diagnóstico excluye a los enfermos quirúrgicos que reciben opiáceos para alivio del dolor y que pueden presentar síntomas de un estado de abstinencia a opiáceos cuando no se les proporciona la sustancia, pero que no tienen deseo de continuar tomando la misma.

El síndrome de dependencia puede presentarse a una sustancia específica (por ejemplo, tabaco y diazepam), para una clase de sustancias (por ejemplo, opiáceos) o para un espectro más amplio de sustancias diferentes (como en el caso de los individuos que sienten la compulsión a consumir por lo general cualquier tipo de sustancias disponibles y en los que se presentan inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia, al verse privados de las sustancias).

F1x.3 Síndrome de abstinencia

Conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

Pautas para el diagnóstico

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia (véase F1x.2), por lo cual este diagnóstico también debe ser tomado en consideración.

Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia.

Los síntomas del síndrome de abstinencia pueden inducirse por estímulos condicionados o aprendidos, aun en la ausencia de un uso previo inmediato de la sustancia. En estos casos el diagnóstico de síndrome de abstinencia sólo se hará si lo requiere su gravedad.

El diagnóstico de síndrome de abstinencia puede concretarse más con un quinto carácter:

F1x.30 No complicado.

F1x.31 Con convulsiones.

F1x.4 Síndrome de abstinencia con delirium

Trastorno en el que un síndrome de abstinencia (ver F1x.3) se complica con un delirium (ver las pautas de F05.-).

Los síntomas prodrómicos típicos son insomnio, temblores y miedo. A veces el comienzo está precedido por convulsiones de abstinencia. La tríada clásica de síntomas consiste en obnubilación de la conciencia y estado confusional, alucinaciones e ilusiones vividas en cualquier modalidad sensorial y temblor intenso. Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo sueño-vigilia y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo.

Excluye: Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas (F05.-).

El diagnóstico de síndrome de abstinencia con delirium puede concretarse más con cinco caracteres:

F1x.40 Sin convulsiones.

F1x.41 Con convulsiones.

F1x.5 Trastorno psicótico

Trastorno que normalmente se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él, caracterizado por alucinaciones (auditivas, pero que afectan a menudo a más de una modalidad sensorial), falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia (a menudo de naturaleza paranoide o de persecución), trastornos psicomotores (excitación, estupor) y estados emocionales anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis. Suele haber claridad del sensorio, aunque puede estar presente un cierto grado de obnubilación de la conciencia, que no llega al grado de un estado confusional grave. Lo característico es que el trastorno se resuelva parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses.

Pautas para el diagnóstico

Trastornos psicóticos que se presentan durante el consumo de una droga o inmediatamente después de él (por lo general dentro de las primeras 48 horas), siempre y cuando no sean una manifestación de un síndrome de abstinencia con delirium (ver F1x.4) o de comienzo tardío. Los trastornos psicóticos de comienzo tardío (comienzo después de dos semanas de consumo de la sustancia) pueden aparecer, pero deben codificarse como F1x.7.

Los síntomas son variados, ya que están en función de la sustancia y de la personalidad del consumidor. En el caso de las sustancias estimulantes, como la cocaína y las

anfetaminas, estos trastornos psicóticos se presentan por lo general tras consumos prolongados o a dosis altas de la sustancia.

El diagnóstico de trastorno psicótico puede concretarse más con cinco caracteres:

F1x.50 Esquizofreniforme.

F1x.51 Con predominio de las ideas delirantes.

F1x.52 Con predominio de las alucinaciones (incluye la alucinosis alcohólica).

F1x.53 Con predominio de síntomas polimorfos.

F1x.54 Con predominio de síntomas depresivos.

F1x.55 Con predominio de síntomas maníacos.

F1x.56 Trastorno psicótico mixto.

F1x.6 Síndrome amnésico

Síndrome en el cual hay un deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes y la memoria remota se afecta en algunas ocasiones, mientras que está conservada la capacidad de evocar recuerdos inmediatos. También suelen estar presentes un trastorno del sentido del tiempo, con dificultades para ordenar cronológicamente acontecimientos del pasado y una disminución de la capacidad para aprender nuevas cosas. Puede ser marcada la presencia de confabulaciones, aunque no siempre están presentes. El resto de las funciones cognoscitivas suele estar relativamente bien conservadas.

Pautas para el diagnóstico

a) Trastorno de memoria para hechos recientes (aprendizaje de material nuevo), trastorno del sentido del tiempo (alteración de la capacidad para ordenar cronológicamente los acontecimientos del pasado, aglutinación de acontecimientos repetidos en uno solo, etc.).

b) Ausencia de alteración de la evocación de recuerdos inmediatos, menor alteración de la conciencia y en general de las funciones cognoscitivas.

c) Antecedentes o la presencia objetiva de consumo crónico (y a dosis particularmente altas) de alcohol u otras sustancias psicótropas.

F1x.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias psicótropas

Estados en los cuales ciertos trastornos cognoscitivos, afectivos, de la personalidad o del comportamiento debidos al consumo de alcohol u otras sustancias psicotropas, persisten más allá del tiempo de actuación de la sustancia.

Pautas para el diagnóstico

La presencia de este trastorno debe estar directamente relacionada con el consumo de alcohol u otra sustancia psicótropa. Los casos cuyo comienzo tiene lugar con posterioridad a un episodio de consumo de sustancias sólo deben ser diagnosticados de trastorno psicótico residual inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas, si hay una evidencia clara y sólida para atribuir al trastorno psicótico residual al efecto de la sustancia. Un trastorno psicótico residual implica un cambio o una exageración marcada de las formas de comportamiento previas y normales.

El trastorno psicótico residual debe persistir más allá del período en el cual puede asumirse razonablemente la presencia de los efectos directos de una sustancia en particular (véase F1x.0, intoxicación aguda). La demencia secundaria al consumo de alcohol u otras sustancias psicotropas no es siempre irreversible, y así las funciones intelectuales y mnésicas pueden mejorar tras un período de abstinencia total.

El diagnóstico de trastorno psicótico residual inducido por sustancias psicotropas puede subdividirse utilizando cinco caracteres:

F1 x.70 Con reviviscencias ("flashbacks"), que pueden distinguirse de los trastornos psicóticos en parte por su naturaleza episódica, y porque frecuentemente son de muy corta duración (segundos o minutos) o por los síntomas de reduplicación (a veces exacta) de experiencias anteriores relacionadas con sustancias psicotropas.

F1x.71 Trastorno de la personalidad o del comportamiento, cuando satisfagan las pautas de trastorno orgánico de la personalidad (F07.0).

F1x.72 Trastorno afectivo residual, cuando satisfagan las pautas de trastorno del humor (afectivo) orgánico (F06.30).

F1x.73 Demencia inducida por alcohol u otras sustancias psicotropas, de acuerdo con las pautas generales para demencias descritas en la introducción de la sección F00-F09.

F1x.74 Otro deterioro cognoscitivo persistente. Se trata de una categoría residual para los trastornos en los que persiste un deterioro cognitivo pero que no satisface las pautas de síndrome amnésico (F1x.6) o demencia (F1x.73) inducidos por alcohol u otras sustancias psicotropas.

F1 x.75 Trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas

F1x.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento

Trastornos en los cuales el consumo de una sustancia puede identificarse como responsable directo del cuadro clínico que contribuye a dicha situación, pero en los que no encuentran pautas suficientes para poder ser incluido en ninguno de los trastornos precedentes.

F1x.9 Trastorno mental o del comportamiento sin especificación

F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes

F20 Esquizofrenia

Este trastorno se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede.

Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vividos o tener sus cualidades y características alteradas y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal. La perplejidad es frecuente ya desde el comienzo, la cual suele acompañarse de la creencia de que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y dirigido contra el propio enfermo. En el trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia los aspectos periféricos e irrelevantes de un concepto, que en la actividad mental normal están soterrados, afloran a la superficie y son utilizados en lugar de los elementos pertinentes y adecuados para la situación. Así el pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro y su expresión verbal es a veces incomprensible. Son frecuentes los bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento y el enfermo puede estar convencido de que un agente extraño está grabando sus pensamientos. Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor. Pueden presentarse también síntomas catatónicos.

El comienzo puede ser agudo, con trastornos graves del comportamiento conductual o insidioso con un desarrollo gradual de ideas y de una conducta extraña. El curso también presenta una gran variabilidad y no es inevitablemente crónico y deteriorante (debe especificarse con un quinto carácter). Un porcentaje de casos, que varía en las diferentes culturas y poblaciones, evoluciona hacia una recuperación completa o casi completa. Ambos sexos se afectan aproximadamente por igual, pero el comienzo tiende a ser más tardío en las mujeres.

Aunque en sentido estricto no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de esquizofrenia, los cuales suelen presentarse asociados entre sí. Estos son:

- a) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretos y percepción delirante.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).
- e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
- f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
- g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo, estupor.
- h) Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.
- i) Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

Pautas para el diagnóstico

Presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos uno a cuatro, o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más.

El diagnóstico de esquizofrenia no deberá hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos antecederan claramente al trastorno del humor (afectivo). Si los síntomas de trastorno del humor y los esquizofrénicos se presentan juntos y con la misma intensidad, debe recurrirse al diagnóstico de trastorno esquizoafectivo (F25.-), aun cuando los síntomas esquizofrénicos justificaran por sí solos el diagnóstico de esquizofrenia. Tampoco deberá diagnosticarse una esquizofrenia en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicótropas o una abstinencia a las mismas. Los trastornos similares que se presentan en el curso de una epilepsia o de otra enfermedad cerebral deberán codificarse de acuerdo con la categoría F06.2 y aquellos inducidos por sustancias psicótropas como F1x.5.

F20.0 Esquizofrenia paranoide

Es el tipo más frecuente de esquizofrenia en la mayor parte del mundo. En el cuadro clínico predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo y de otros trastornos de la percepción. Sin embargo, los trastornos afectivos, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos pueden ser poco llamativos.

Las ideas delirantes y alucinaciones paranoides más características son las siguientes:

- a) Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.
- b) Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas o murmullos.
- c) Alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales u de otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, aunque rara vez dominan.

El curso de la esquizofrenia paranoide puede ser episódico, con remisiones parciales o completas, o crónico. En esta última variedad los síntomas floridos persisten durante años y es difícil distinguir episodios aislados. El comienzo tiende a ser más tardío que en las formas hebefrénica y catatónica.

Pautas para el diagnóstico

Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia y además deben predominar las alucinaciones o las ideas delirantes y ser relativamente poco llamativos los trastornos de la afectividad, de la voluntad y del lenguaje y los síntomas catatónicos. Normalmente las alucinaciones son del tipo descrito en b) y c). Las ideas delirantes pueden ser casi de cualquier tipo, pero las más características son las ideas delirantes de ser controlado, de influencia, de dominio y las ideas de persecución de diversos tipos.

F20.1 Esquizofrenia hebefrénica

Forma de esquizofrenia en la que los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible y los manierismos. La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas absortas como de satisfacción de sí mismo, de un modo despectivo de actuar, de muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondriacas y de frases repetitivas. El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es divagatorio e incoherente. Hay una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento carece de propósito y de resonancia afectiva. Esta forma de esquizofrenia comienza por lo general entre los 15 y los 25 años de edad y tiene un pronóstico malo por la rápida aparición de síntomas negativos, en especial de embotamiento afectivo y de abulia.

Además de las alteraciones afectivas y de la voluntad, destaca el trastorno del pensamiento. Pueden aparecer alucinaciones e ideas delirantes pero no son predominantes. Se pierden la iniciativa y la determinación, se pierde cualquier tipo de finalidad de tal forma que el comportamiento del enfermo parece errático y vacío de contenido. Además, la preocupación superficial y manierística por temas religiosos, filosóficos o abstractos puede hacer difícil al que escucha seguir el hilo del pensamiento.

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico seguro de hebefrenia normalmente es necesario un período de dos o tres meses de observación continua para asegurarse de que persiste el comportamiento característico.

F20.2 Esquizofrenia catatónica

Presencia de trastornos psicomotores graves, que varían desde la hipercinesia al estupor o de la obediencia automática al negativismo. Durante largos períodos de tiempo pueden mantenerse posturas y actitudes rígidas y encorsetadas. Otra característica llamativa de este trastorno es la excitación intensa.

Pautas para el diagnóstico

Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia. Pueden aparecer síntomas catatónicos aislados y transitorios en el contexto de cualquier otro tipo de esquizofrenia. Para el diagnóstico de esquizofrenia catatónica deben predominar en el cuadro clínico uno o más de los siguientes tipos de comportamiento:

- a) Estupor (marcada disminución de la capacidad de reacción al entorno y reducción de la actividad y de los movimientos espontáneos) o mutismo.
- b) Excitación (actividad motriz aparentemente sin sentido, insensible a los

- estímulos externos).
- c) Catalepsia (adoptar y mantener voluntariamente posturas extravagantes e inadecuadas).
 - d) Negativismo (resistencia aparentemente sin motivación a cualquier instrucción o intento de desplazamiento o presencia de movimientos de resistencia).
 - e) Rigidez (mantenimiento de una postura rígida contra los intentos de ser desplazado).
 - f) Flexibilidad cérica (mantenimiento de los miembros y del cuerpo en posturas impuestas desde el exterior).
 - g) Obediencia automática (se cumplen de un modo automático las instrucciones que se le dan) y perseveración del lenguaje.
- b) h) Flexibilidad cérica esquizofrénica.

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada

Conjunto de trastornos que satisfacen las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia (ver la introducción a F20) pero que no se ajustan a ninguno de los tipos F20.0-F20.2 o presentan rasgos de más de uno de ellos, sin que haya un claro predominio de uno en particular. Esta categoría deberá utilizarse únicamente para los cuadros psicóticos (excluyendo, pues, a la esquizofrenia residual, F20.5, y a la depresión postesquizofrénica, F20.4) y sólo después de haber intentado clasificar el cuadro clínico en alguna de las tres categorías precedentes.

Pautas para el diagnóstico

- a) Satisfacen las pautas para el diagnóstico de esquizofrenia.
- b) No satisfacen las pautas de los tipos catatónico, hebefrénico o paranoide.
- c) No reúnen las pautas para la esquizofrenia residual o la depresión postesquizofrénica.

F20.4 Depresión postesquizofrénica

Trastorno de tipo depresivo, a veces prolongado, que surge después de un trastorno esquizofrénico. Durante él pueden persistir algunos síntomas esquizofrénicos, pero no predominan en el cuadro clínico. Estos síntomas esquizofrénicos persistentes pueden ser "positivos" o "negativos", aunque estos últimos son los mas frecuentes. Rara vez son lo suficientemente graves o duraderos para satisfacer las pautas de un episodio depresivo grave (F32.2 y F32.3) y a menudo es difícil decidir qué síntomas del enfermo son debidos a una depresión, cuáles a la medicación neuroléptica y cuáles son expresión del trastorno de la voluntad y del empobrecimiento afectivo de la esquizofrenia por sí misma. Estos estados depresivos se acompañan de un alto riesgo de suicidio.

Pautas para el diagnóstico

- a) El enfermo ha tenido en los últimos doce meses una enfermedad esquizofrénica que satisfacía las pautas generales de esquizofrenia (ver la introducción a F20).
- b) Persisten algunos síntomas esquizofrénicos.
- c) Los síntomas depresivos son destacados, fuente de malestar y cumplen al menos las pautas de un episodio depresivo (F32) y han estado presentes por lo menos durante dos semanas.

F20.5 Esquizofrenia residual

Estado crónico del curso de la enfermedad esquizofrénica, en el que se ha producido una clara evolución progresiva desde los estados iniciales (que incluyen uno o más episodios con síntomas psicóticos que han satisfecho las pautas generales de la esquizofrenia) hacia los estadios finales caracterizados por la presencia de síntomas "negativos" y de deterioro persistente, aunque no necesariamente irreversibles.

Pautas para el diagnóstico

- a) Presencia de síntomas esquizofrénicos "negativos" destacados, por ejemplo, inhibición psicomotriz, falta de actividad, embotamiento afectivo, pasividad y falta de iniciativa, empobrecimiento de la calidad o contenido del lenguaje, comunicación no verbal (expresión facial, contacto visual, entonación y postura) empobrecida, deterioro del aseo personal y del comportamiento social.
- b) Evidencia de que en el pasado ha habido por lo menos un episodio claro que ha reunido las pautas para el diagnóstico de esquizofrenia.
- c) Un período de por lo menos un año durante el cual la intensidad y la frecuencia de la sintomatología florida (ideas delirantes y alucinaciones) han sido mínimas o han estado claramente apagadas, mientras que destacaba la presencia de un síndrome esquizofrénico "negativo".
- d) La ausencia de demencia u otra enfermedad o trastorno cerebral orgánico, de depresión crónica o de institucionalización suficiente como para explicar el deterioro.

F20.6 Esquizofrenia simple

Trastorno no muy frecuente en el cual se presenta un desarrollo insidioso aunque progresivo, de un comportamiento extravagante, de una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y de una disminución del rendimiento en general. No hay evidencia de alucinaciones y ni de ideas delirantes y el trastorno es no tan claramente psicótico como los tipos hebefrénico, paranoide y catatónico. Los rasgos "negativos" característicos de la esquizofrenia residual (por ejemplo, embotamiento afectivo, abulia) aparecen sin haber sido precedidos de síntomas psicóticos claramente manifiestos. El creciente empobrecimiento social puede conducir a un vagabundeo, los enfermos se encierran en sí mismos, se vuelven ociosos y pierden sus objetivos.

Pautas para el diagnóstico

Desarrollo progresivo durante un período de tiempo superior a un año, de los síntomas "negativos" característicos de la esquizofrenia residual, sin que hayan existido antecedentes de alucinaciones, de ideas delirantes ni de otras manifestaciones de un episodio psicótico pasado, con cambios significativos en la conducta personal manifestados con una marcada pérdida de interés, ociosidad y aislamiento social.

F20.8 Otra esquizofrenia

F20.9 Esquizofrenia sin especificación

F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes

Variedad de trastornos en los cuales la característica clínica única o más destacada la constituyen las ideas delirantes consolidadas durante bastante tiempo, que no pueden ser clasificadas como orgánicas, esquizofrénicas o afectivas. Se trata probablemente de un grupo heterogéneo, cuyas relaciones con la esquizofrenia no son claras. Por otra parte, la importancia relativa en su génesis de los factores genéticos, de los rasgos de la personalidad y las circunstancias vitales no es clara y es probablemente diversa.

F22.0 Trastorno de ideas delirantes

Grupo de trastornos caracterizado por la aparición de un único tema delirante o de un grupo de ideas delirantes relacionadas entre sí que normalmente son muy persistentes, y que incluso pueden durar hasta el final de la vida del individuo. El contenido del tema o conjunto de ideas delirantes es muy variable. A menudo es de persecución, hipocondríaco o de grandeza, pero también puede referirse a temas de litigio o de celos o poner de manifiesto la convicción de que una parte del propio cuerpo está deformada o de que otros piensan que se despiden mal olor o que se es homosexual. Lo más característico es que no se presente otra psicopatología, pero pueden aparecer de modo intermitente síntomas depresivos y, en algunos casos, alucinaciones olfatorias y táctiles. Las voces alucinatorias, los síntomas esquizofrénicos tales como las ideas delirantes de ser controlado, el embotamiento afectivo y la presencia de una enfermedad cerebral son incompatibles con este diagnóstico. Sin embargo, alucinaciones auditivas ocasionales o transitorias, no típicamente esquizofrénicas y que no constituyen una parte principal del cuadro clínico, no excluyen el diagnóstico en enfermos ancianos.

Suele comenzar hacia la edad media o avanzada de la vida, pero algunas veces, especialmente en casos de creencias sobre deformaciones del cuerpo, surge en el inicio de la madurez. El contenido de las ideas delirantes y el momento en el que aparecen y suele poder tener relación con algunas situaciones biográficas significativas, por ejemplo, ideas delirantes de persecución en personas que pertenecen a minorías sociales. Fuera del comportamiento directamente relacionado con el tema de las ideas o sistema delirante, son normales la afectividad, el lenguaje y el resto de la conducta.

Pautas para el diagnóstico

El tema o conjunto de ideas delirantes deben ser la manifestación clínica única o la más destacada y deben de estar presentes durante por lo menos tres meses y ser claramente propias del enfermo, es decir, no depender de factores culturales. Pueden presentarse síntomas depresivos de una manera intermitente e incluso un episodio depresivo completo (F32.-) siempre y cuando las ideas delirantes no coincidan con las alteraciones del estado de ánimo. No hay evidencia de lesión cerebral, de voces alucinatorias ocasionales y de antecedentes de síntomas esquizofrénicos (ideas delirantes de ser controlado, difusión del pensamiento, etc.).

F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios

El método utilizado para diagnosticar se basa en construir una secuencia diagnóstica la cual refleja el orden de prioridad asignado a características claves del trastorno. El orden de prioridad utilizado es el siguiente:

- a) Comienzo agudo (menos de dos semanas), como característica que define al grupo en general.
- b) Presencia de síndromes típicos.
- c) Presencia de estrés agudo.

El comienzo agudo se define como un cambio desde un estado sin características psicóticas a otro claramente anormal y psicótico en un período de dos semanas o menos. Hay evidencia de que el comienzo agudo es signo de buen pronóstico y es posible que cuanto más súbito sea el inicio, mejor será el desenlace.

Los síndromes típicos seleccionados son, primero, el estado rápidamente cambiante y variable, llamado aquí "polimorfo", el cual ha sido descrito en los trastornos psicóticos agudos en varios países y, en segundo lugar, la presencia de síntomas esquizofrénicos típicos.

La presencia de estrés agudo puede también especificarse con un quinto carácter, teniendo en cuenta su relación tradicional con la psicosis aguda. El estrés agudo asociado significa que los primeros síntomas psicóticos se presentaron no más allá de dos semanas después de uno o más acontecimientos que serían vivenciados como estresantes por la mayoría de personas en circunstancias similares dentro del mismo ambiente cultural. Acontecimientos típicos de esta clase son los duelos, las pérdidas inesperadas de compañeros o de trabajo, el contraer matrimonio, o el trauma psicológico del combate, el terrorismo y la tortura. Las dificultades o problemas crónicos no deben ser considerados en este contexto como fuente de estrés.

La recuperación completa tiene lugar generalmente dentro del plazo de dos o tres meses, a menudo en pocas semanas e incluso días, y sólo una pequeña proporción de enfermos con estos trastornos desarrollan estados persistentes e invalidantes.

Pautas para el diagnóstico

Ninguno de los trastornos de este grupo satisface las pautas de un episodio maníaco (F30.-) o depresivo (F32.-), aunque los cambios emocionales y los síntomas afectivos individuales puedan estar de vez en cuando en primer plano.

Ausencia de una causa orgánica, tal como de conmoción cerebral, delirium o demencia. A menudo se observa perplejidad, preocupación o falta de atención hacia la conversación inmediata pero si estos síntomas son tan marcados o persistentes como para sugerir delirium o demencia de causa orgánica, el diagnóstico debe ser pospuesto hasta que la exploración o la evolución hayan aclarado este punto.

Las pautas temporales (tanto en lo que se refiere a las dos semanas como a las 48 horas) no se refieren al tiempo de máxima gravedad y perturbación, sino a plazos en los cuales los síntomas psicóticos han llegado a ser obvios y desorganizadores de, al menos, algunos aspectos de la vida diaria y del trabajo. El apogeo del trastorno puede tener lugar en ambos casos más tarde. Los síntomas y las alteraciones deben de ser obvios sólo en los plazos citados, en el sentido de que normalmente habrán llevado al individuo a buscar algún tipo de ayuda o de intervención médica.

F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo (sin síntomas de esquizofrenia)

Trastorno psicótico agudo en el cual las alucinaciones, las ideas delirantes y las alteraciones de la percepción son evidentes pero marcadamente variables y cambiantes de un día para otro e incluso de una hora a otra. También suele estar presente un estado de confusión emocional con intensos sentimientos fugaces de felicidad y éxtasis o de angustia e irritabilidad. Este cuadro clínico cambiante, polimorfo e inestable es característico y aunque a veces destacan síntomas individuales de tipo afectivo o psicótico, no se satisfacen las pautas para episodio maníaco (F30.-), episodio depresivo (F32.-) o esquizofrenia (F20.-). Este trastorno suele tener un comienzo súbito (menos de 48 horas) y una rápida resolución de los síntomas. En un elevado número de casos no existe un claro estrés precipitante.

Pautas para el diagnóstico

a) El comienzo sea agudo (pasar desde un estado no psicótico a un estado claramente psicótico en el plazo de dos semanas o menos).

b) Estén presentes varios tipos de alucinaciones o ideas delirantes, variando de tipo e intensidad de un día para otro o dentro del mismo día.

c) Exista un estado emocional cambiante de forma similar.

d) A pesar de la variedad de los síntomas, ninguno esté presente con la suficiente consistencia como para satisfacer las pautas de esquizofrenia (F20.-) o de un episodio maníaco o depresivo (F30.- o F32.-).

F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia

Trastorno psicótico agudo en el que se satisfacen las pautas diagnósticas del trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0) y en el que están presentes de forma consistente síntomas típicos de la esquizofrenia.

Pautas para el diagnóstico

Deben cumplirse las pautas a), b) y c) del trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0). Que además hayan estado presentes síntomas que satisfacen las pautas de la esquizofrenia (F20.-) durante la mayor parte del tiempo desde que el cuadro clínico psicótico se estableció de forma evidente.

Si los síntomas esquizofrénicos persisten más de un mes, el diagnóstico debe ser cambiado por el de esquizofrenia (F20.-).

F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico

Trastorno psicótico agudo en el cual los síntomas psicóticos son comparativamente estables y satisfacen las pautas de la esquizofrenia (F20.-) pero cuya duración ha sido inferior a un mes. Puede estar presente hasta cierto punto una inestabilidad o variabilidad emocional, pero no con la extensión descrita en el trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0).

Pautas para el diagnóstico

- a) El comienzo de los síntomas psicóticos sea agudo (desde un estado no psicótico a otro claramente psicótico en dos semanas o menos).
- b) Hayan estado presentes síntomas que satisfacen las pautas de la esquizofrenia (F20.-) durante la mayor parte del tiempo desde que el cuadro clínico psicótico se estableció de forma evidente.
- c) No se satisfacen las pautas del trastorno psicótico agudo polimorfo.

Si los síntomas esquizofrénicos duran más de un mes, este diagnóstico deberá sustituirse por el de esquizofrenia (F20.-).

F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes

Trastornos psicóticos agudos en los cuales la característica principal es la presencia de ideas delirantes o alucinaciones comparativamente estables pero que no satisfacen las pautas de la esquizofrenia (F20.-). Las ideas delirantes de persecución o de referencia son frecuentes y las alucinaciones son generalmente auditivas (voces que hablan directamente al enfermo).

Pautas para el diagnóstico

- a) El comienzo de los síntomas psicóticos sea agudo (desde un estado no psicótico a otro claramente psicótico en dos semanas o menos).
- b) Las ideas delirantes o alucinaciones hayan estado presentes durante la mayoría del tiempo desde que el cuadro clínico comenzó a manifestarse.
- c) No se satisfacen las pautas de la esquizofrenia (F20.-) ni del trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0).

Si las ideas delirantes persisten más de tres meses, el diagnóstico debe cambiarse por el de trastornos de ideas delirantes persistentes (F22.-). Si son sólo las alucinaciones las que persisten más de tres meses, el diagnóstico debe cambiarse por el de otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28).

F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios

Trastornos psicóticos agudos no clasificables en los apartados precedentes (tales como cuadros psicóticos agudos en los cuales aparecen claras alucinaciones o ideas delirantes, pero que persisten por muy poco tiempo). Los estados de excitación no diferenciados deben ser también codificados aquí cuando no se disponga de más información acerca del estado mental del enfermo, siempre que haya evidencia de que no existe una causa orgánica que justifique los síntomas.

F23.9 Trastorno psicótico agudo y transitorio sin especificación

Incluye: Psicosis reactiva (breve) sin especificación.

F25 Trastornos esquizoafectivos

Trastornos episódicos en los cuales tanto los síntomas afectivos como los esquizofrénicos son destacados y se presentan durante el mismo episodio de la enfermedad, preferiblemente de forma simultánea o al menos con pocos días de diferencia entre unos y otros. No es clara aún su relación con los trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) y con los trastornos esquizofrénicos (F20-F24) típicos. Otros cuadros en los cuales los síntomas afectivos aparecen superpuestos o forman parte de una enfermedad esquizofrénica preexistente, o en los cuales coexisten o alternan con

otros tipos de trastornos de ideas delirantes persistentes, se clasifican bajo la categoría adecuada de F20-F29.

Los enfermos que sufren episodios esquizoafectivos recurrentes, en particular aquellos cuyos síntomas son de tipo maníaco más que de tipo depresivo, generalmente se recuperan completamente y sólo rara vez desarrollan un estado defectual.

Pautas para el diagnóstico

Las manifestaciones de ambos tipos de síntomas, esquizofrénicos y afectivos, son claras y destacadas y se presentan simultáneamente o con un plazo de pocos días entre unos y otros, dentro del mismo episodio de la enfermedad, y cuando, como consecuencia de lo anterior, el episodio de enfermedad no satisface las pautas ni de esquizofrenia ni de episodio depresivo o maníaco. Es frecuente, por ejemplo, que los esquizofrénicos presenten síntomas depresivos tras un episodio psicótico (ver F20.4, depresión postesquizofrénica). Algunos enfermos presentan episodios esquizoafectivos recurrentes, los cuales pueden ser de tipo maníaco, depresivo o mixtos. Otros presentan uno o dos episodios esquizoafectivos intercalados entre episodios maníacos o depresivos típicos. En el primer caso el diagnóstico adecuado es el de trastorno esquizoafectivo. En el segundo, la aparición de un episodio esquizoafectivo de forma ocasional no invalida el diagnóstico de trastorno bipolar o trastorno depresivo recurrente si el cuadro clínico es típico en otros aspectos.

F25.0 Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco

Trastorno en el cual los síntomas esquizofrénicos y los maníacos son destacados en el mismo episodio de enfermedad. La alteración del humor es generalmente en forma de euforia acompañada de aumento de la estimación de sí mismo e ideas de grandeza, pero a veces son más evidentes la excitación o irritabilidad, acompañadas de un comportamiento agresivo y de ideas de persecución. En ambos casos existe un aumento de la vitalidad, hiperactividad, dificultades de concentración y una pérdida de la inhibición social normal. Pueden estar presentes ideas delirantes de referencia, de grandeza o de persecución, pero se requieren otros síntomas más típicamente esquizofrénicos para establecer el diagnóstico. El enfermo puede insistir, por ejemplo, en que sus pensamientos están siendo difundidos o interceptados, o que fuerzas extrañas están tratando de controlarlos, o puede referir oír voces de varias clases, o expresar ideas delirantes extrañas que no son sólo de grandeza o de persecución. Se requiere a menudo un interrogatorio minucioso para establecer que el enfermo está realmente experimentando estos fenómenos mórbidos y no sólo bromeando o hablando de forma metafórica. Los trastornos esquizoafectivos de tipo maníaco son con frecuencia psicosis floridas con un comienzo agudo, pero la recuperación completa suele tener lugar en pocas semanas, a pesar de que el comportamiento esté alterado de un modo llamativo.

Pautas para el diagnóstico

Debe existir una exaltación marcada del humor, o una exaltación menos evidente del humor acompañada de irritabilidad o excitación. Deben hallarse claramente presentes dentro del mismo episodio, por lo menos uno y preferiblemente dos síntomas característicos de la esquizofrenia (tal y como se especifica en las pautas (a)-(d) para el diagnóstico de F20.-, esquizofrenia).

Incluye:

Psicosis esquizoafectiva de tipo maníaco.

Psicosis esquizofreniforme de tipo maníaco.

F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto

Trastornos en los cuales los síntomas esquizofrénicos (F20.-) coexisten con los de trastorno bipolar, episodio actual mixto (F31.6).

F31 Trastorno bipolar

Trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión). Lo característico es que se produzca una recuperación completa entre los episodios aislados. A diferencia de otros trastornos del humor (afectivos) la incidencia en ambos sexos es aproximadamente la misma. Dado que los enfermos que sufren únicamente episodios repetidos de manía son relativamente escasos y de características muy parecidas (antecedentes familiares, personalidad premórbida, edad de comienzo y pronóstico a largo plazo) al resto de los enfermos que tienen al menos episodios ocasionales de depresión, estos enfermos se clasifican como otro trastorno bipolar (F31.8).

Los episodios de manía comienzan normalmente de manera brusca y se prolongan durante un período de tiempo que oscila entre dos semanas y cuarto a cinco meses (la duración mediana es de cuatro meses). Las depresiones tienden a durar más (su duración mediana es de seis meses), aunque rara vez se prolongan más de un año, excepto en personas de edad avanzada. Ambos tipos de episodios sobrevienen a menudo a raíz de acontecimientos estresantes u otros traumas psicológicos, aunque su presencia o ausencia no es esencial para el diagnóstico. El primer episodio puede presentarse a cualquier edad, desde la infancia hasta la senectud. La frecuencia de los episodios y la forma de las recaídas y remisiones pueden ser muy variables, aunque las remisiones tienden a ser más cortas y las depresiones más frecuentes y prolongadas al sobrepasar la edad media de la vida.

Incluye:

Trastorno maníaco-depresivo.

Psicosis maníaco-depresiva.

Reacción maníaco-depresiva.

Excluye:

Trastorno bipolar, episodio maníaco (F30.-).

Ciclotimia (F34.0).

F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos

Pautas para el diagnóstico

- a) El episodio actual satisfaga las pautas de manía con síntomas psicóticos (F30.2).
- b) Se haya presentado al menos otro episodio hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

6- HIPÓTESIS DE TRABAJO

En el 2011 habrá menos ingresos por patología psicótica asociados a cannabis que en el año 2001.

Habrá diferencias demográficas en cuanto a la edad de consumo, siendo la edad media en el 2011 menor que en el 2001. También diferencias en cuanto al sexo: más ingresos de varones y disminución de los días de ingreso en 2011.

7- OBJETIVOS

Determinar si se ha producido un descenso de la patología psicótica con consumo concomitante de cannabis en el año 2011 ya que se hay un disminución del consumo.

Dado que los estudios y las encuestas que se vienen realizando en los últimos años señalan que existe una tendencia a comenzar a consumir cannabis a edades tempranas se quiere estudiar si existen diferencias en la media de los ingresos y la edad de consumo. Estas mismas encuestas indican un predominio del consumo de cannabis por parte de los varones pero con un aumento progresivo del uso de esta droga por parte de las mujeres.

En la actualidad existen UASAs (Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones) por lo que se quiere estudiar si ha habido un descenso en el tiempo de ingreso en unidades hospitalarias.

8- MATERIAL Y MÉTODOS

9.1-DISEÑO

Se trata de un estudio descriptivo, transversal de prevalencia de casos de pacientes ingresados en Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica hospitalaria con diagnóstico al alta de trastorno psicótico según CIE-10 y consumo de cannabis simultáneo mediante confirmación por analítica de orina de cannabis al ingreso. Se estudiarán los ingresos del año 2011 y se compararán con los del año 2001 en esa misma unidad. Se tendrán en cuenta variables como sexo, edad, nacionalidad, estado civil del paciente, días y tipo de ingreso.

9.2-SUJETOS

La muestra está formada por dos grupos de individuos ingresados consecutivamente en Unidad de Corta Estancia (UCE) psiquiátrica para adultos del hospital “Royo Villanova” de Zaragoza. Dicha muestra se divide en dos grupos: Individuos ingresados en 2001 e individuos ingresados en 2011.

9.3-CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Ingreso en la Unidad de Corta Estancia psiquiátrica hospitalaria.
- Edad mayor de 18 años (puesto que es una unidad únicamente para adultos).
- Diagnóstico al alta de patología psicótica, diagnósticos incluidos:
 - Trastornos psicótico debido a cannabis o a consumo de múltiples sustancias (F12.5 y F19.5 respectivamente según CIE-10)
 - Esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastorno de ideas delirantes persistentes, trastornos agudos y transitorios y trastorno de ideas delirantes indiciadas (F20, F21, F22, F23, F24)
 - Trastorno esquizoafectivo (F25)
 - Trastornos de humor de tipo maniforme con síntomas psicóticos; manía con síntomas psicóticos (F30.2) y trastorno bipolar: episodio maniaco con síntomas psicóticos (F31.2)
- Análisis positivo en orina para THC (tetrahidrocannabinol) realizado al ingreso.

9.4- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes atendidos de urgencia o ingresados en sala de observación que no ingresan en UCE psiquiátrica a pesar de cumplir todos los criterios anteriormente citados.
- Antecedentes previos de abuso de cannabis si no se confirma mediante analítica de orina para THC.
- Pacientes con abuso de sustancias, entre ellas cannabis, que dan positivo mediante análisis urinario que presentan alteraciones conductuales (heteroagresividad, agitación psicomotriz o de cualquier otro tipo) que no son diagnosticados al alta de trastorno psicótico.
- Quedan excluidos trastornos de humor de tipo depresivo sin sintomatología psicótica o con patología psicótica congruente con el estado de ánimo, trastornos de la personalidad, retrasos mentales sin síntomas psicóticos, patología neurótica...

9.5- PROTOCOLO DEL ESTUDIO

Inicialmente el estudio se realizaría buscando en conjunto mínimo de datos facilitadas por el servicio de documentación del hospital, previa petición de permiso para su utilización, los pacientes con diagnóstico al alta de trastorno psicóticos (los referidos en los criterios de inclusión) y de consumo de sustancias: cannabis o policonsumo (F12.x o F19.x) filiado. Coincidiendo con esos criterios apenas había individuos para el estudio, principalmente en el año 2011 en el que muy pocos pacientes están diagnosticados de consumo de sustancias. Hubo que modificar los criterios de inclusión del estudio y por lo tanto, la forma de búsqueda de información. Se revisaron uno por uno los informes de alta del año 2001 y 2011, un total de 822 informes (401 de 2001 y 421 de 2011), y se permitió unos criterios de inclusión en el estudio más laxos. A pesar de lo cual la muestra obtenida ha sido muy pequeña, 18 casos en el año 2001 y 25 casos en el 2011. Se realizaron fichas de recogida de datos con las siguientes variables:

- Sexo: hombre o mujer.
- Edad en número de años.
- Estado civil: soltero, casado, divorciado o viudo.
- Tipo de ingreso: con carácter voluntario o involuntario.
- Días de ingreso en número (incluyendo el día de ingreso y el día de alta).
- Diagnóstico al alta: tipo de trastorno psicótico y tipo de trastorno mental y del comportamiento por consumo de sustancias, si es que estuviera filiado. Obteniéndose en algunos casos dos diagnósticos al alta.

10-ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Inicialmente se realizó un estudio estadístico calculando las frecuencias en las variables categóricas a estudio y las medias en las variables continuas. Para la inferencia estadística, una vez comprobada la normalidad de las variables mediante la prueba U de Mann-Whitney, se utilizó la t de Student. Para las variables categóricas se utilizó la Chi-cuadrado. La potencia estadística del tamaño muestral no permitió realizar análisis más complejos, como análisis multivariados. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete SPSS versión 15.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL, EE.UU.).

11-RESULTADOS

La muestra del estudio se divide en dos grupos:

En el año 2001 se encontraron 18 pacientes que cumplían los criterios de inclusión de un total de 401 (4,49%). En el año 2011 25 individuos de 421 (5,9%).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el número de ingresos entre un año y el otro ($\chi^2=0,08704$; $gl=1$; $p=0,350$).

En el año 2001 la media de edad fue de 30,11 años (d.t.= 7,27), frente a la media de edad de 32,84 años en el 2011 (d.t.=7,78). No encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($t= -1,164$; $gl=41$; $p=0,251$), por que a pesar del ligero aumento de la media de edad no se puede afirmar que hay diferencias significativas.

Los días de ingreso en el año 2001 fueron de media 12,21 (d.t.=7,27) mientras que en el 2011 fueron 11,44 (d.t.=7,34). No se obtuvo significación estadística ($t=0,371$; $gl=41$; $p=0,713$)

En la variable sexo en el año 2001 hubo un menor porcentaje de ingresos de varones (66,7%) frente al 84% de los ingresados en 2011, aunque tampoco se encontraron diferencias significativas ($\chi^2=1,76$; $gl=1$; $p=0,184$).

En el estado civil se agruparon los individuos en dos grupos, casados frente a “todos” (no casados, viudos y divorciados, ya que la muestra era muy pequeña). En el 2001 sólo había un 11% de casados frente al 2011 en el que no había casados. Hubo que emplear en este caso el estadístico de Fisher ($\chi^2=2,913$; $gl=1$; $p=0,169$), sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas.

En el tipo de ingreso voluntario/involuntario en el año 2001 hubo un 72,2% del total de casos y en el 2011 un 72%. Los porcentajes son casi iguales, en el test estadístico tampoco aparecieron diferencias significativas ($\chi^2=0,00$; $gl=1$; $p=1,000$)

Se hicieron grupos para poder analizar el diagnóstico al alta, tanto el primer diagnóstico como el segundo, si es que lo hubiera. Se han agrupado en F10: consumo de sustancias

y alteraciones mentales debido a ellas y en F20: incluyendo esquizofrenia, psicosis aguda, fases bipolares con síntomas psicóticos y trastorno esquizoafectivo. En el año 2001 al 44% se le diagnosticó de F10 y en el 2011 tan sólo al 20%. No existieron diferencias significativas mediante análisis estadístico ($\chi^2=4,29$; gl=1; $p=0,389$).

El estudio presenta las siguientes limitaciones:

- La muestra obtenida es muy pequeña, por lo que no se han podido obtener diferencias estadísticamente significativas que nos permitan extrapolar los resultados.
- No se han incluido en cuenta los pacientes que acudieron a urgencias ni los ingresados en sala de observación, que cumplían requisitos de estudio. Seguramente ahí se ha perdido algún caso porque ya hemos visto que no es infrecuente la presencia de un episodio psicótico agudo (F23.x) en el contexto de consumo de tóxicos.
- La unidad psiquiátrica hospitalaria con la que se ha trabajado no acoge ingresos de pacientes menores de 18 años, por lo que se están perdiendo una cantidad importante de “primeros brotes” psicóticos asociados a consumo de cannabis en adolescentes. La vulnerabilidad genética está más que estudiada.
- El poliabuso de tóxicos (cocaína, alcohol, cannabis, heroína...) hacen muy difícil la posible identificación del factor de riesgo, o la intensidad de asociación de cada uno, puesto que se han estudiado que la mayoría de ellos sobre un cerebro vulnerable pueden ocasionar síntomas psicóticos.
- La falta de precisión a la hora de filiar el patrón de consumo, en relación también con lo anteriormente dicho.
- Los diagnósticos psiquiátricos son subjetivos, no se tiene ningún marcador ni prueba objetiva que permita una rigurosidad a la hora de dar el diagnóstico lo que podría explicar los cambios entre el 2001 y el 2011 y dificulta la obtención de unos resultados válidos.

12-DISCUSIÓN y CONCLUSIONES

-No se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en el estudio, entre otros motivos debido a que la muestra ha sido muy pequeña, que permitan aceptar la hipótesis de que han disminuido los ingresos por patología de tipo psicótico asociada a consumo de cannabis, a pesar de que sí que se obtuvo un porcentaje mayor del número total de ingresos en la planta (5,93% frente al 4,49%).

Habría que continuar investigando en poblaciones mayores para obtener un grado de significación estadística que nos permitiera extrapolar los resultados.

-En las variables sociodemográficas no se han obtenido diferencias estadísticamente significativas por lo que nos podemos determinar que ha habido un cambio en el patrón de consumo de cannabis como sugieren los estudios; aunque los porcentajes reflejan que un 66,67% de los individuos de la muestra de 2001 y un 84% de 2011 fueron varones; no se puede inferir en la población general.

-La media de edad de los pacientes ha aumentado en 2011, de 30,1 años a 32,84 años en nuestra muestra, tampoco se han obtenido resultados estadísticamente significativos. Si el resultado fuera extrapolable a la población general esto no se corresponde con la información que aparece en el informe de drogas de la ONU donde referían que ha habido un incremento tanto del intervalo de la edad de consumo, tanto por arriba como por abajo; es decir se empieza a fumar a menor edad y se continúa fumando a menor edad por lo que sería esperable una disminución de la edad.

Como los estudios sugieren el cannabis juega un papel importante al inicio de la enfermedad en pacientes vulnerables genéticamente (30), otras investigaciones se han realizado en colegios (31) sobre el poliabuso de sustancias. Dado que este estudio se hizo en una unidad hospitalaria de adultos habría que plantearse la realización del mismo en una unidad psiquiátrica en la que ingresen también adolescentes.

-Son llamativos los resultados en cuanto al estado civil, en este caso “casados frente a todos”, apreciándose un 11% de individuos casados en 2001 mientras que en el 2011 el 100% de los pacientes era soltero. Los datos no salen estadísticamente significativos. Se podría plantear un futuro estudio sobre el impacto de la droga en el estado civil del paciente para ver si realmente se puede inferir que el uso del cannabis está en relación con la soltería y el tipo de asociación entre uno y otro.

-En cuanto a días de ingreso tampoco ha habido diferencias significativas: 12,2 en 2001 frente a 11,24. Teniendo en cuenta que se han creado unidades específicas para el tratamiento de las adicciones y comunidades terapéuticas lo esperado es que los días de ingreso hubieran disminuido por una más rápida derivación a las mismas desde la unidad hospitalaria de corta estancia. Podría ser otro tema a estudio.

-Respecto al diagnóstico al alta, a pesar de no haber obtenido diferencias significativas que nos permitan inferir los resultados a la población general, sí se han apreciado en las muestras una variación en los diagnósticos. En el 2001 al 44% se le diagnosticó de abuso de sustancias y alteraciones del comportamiento ligado a las mismas (agrupados en F10), mientras que en el 2011 tan sólo el 20% fue diagnosticado de una politoxicomanía y al 80% se le diagnosticó de psicosis (agrupados en F20). En base a estos resultados existen dudas todavía, no se puede afirmar que haya habido más patología psicótica; pero una conclusión podría ser que no hay una sensibilización frente al consumo de cannabis en unidades de agudos.

Se han realizado meta-análisis sobre el consumo de cannabis en pacientes con esquizofrenia (32) y, aunque concluyeron que hacían falta más estudios, sí se podía inferir que el cannabis era una droga muy usada por dichos pacientes pudiendo llegando a ser su abuso mayor que el alcohol. Por lo que habría que seguir estudiando el por qué de este cambio en el diagnóstico.

13- BIBLIOGRAFÍA

- (1) Schizophrenia; Mueser KT, McGurk SR. Lancet 2004 ;363(9426):2063-72.
- (2) McGrath J et al. Epidemiol Rev 2008; 30:67-76.
- (3) Cost of schizophrenia in England ; Mangalore R, Knapp M. ; J Ment Health Policy Econ. 2007 Mar ; 10 (1) : 23-41
- (4) Cannabis use and earlier onset of psychosis: a systematic meta-analysis ; Large M, Sharma S, Compton MT, Slade T, Nielssen O. ; Arch Gen Psychiatry. 2011 Jun;68(6):555-61. Epub 2011 Feb 7.
- (5) Non-acute (residual) neurocognitive effects of cannabis use: a meta-analytic study ;Grant I, Gonzalez R, Carey CL, Natarajan L, Wolfson T. ; J Int Neuropsychol Soc. 2003 Jul;9(5):679-89.
- (6) Continued cannabis use and risk of incidence and persistence of psychotic symptoms: 10 year follow-up cohort study ; Rebecca Kuepper, Jim van Os, Roselind Lieb, Hans-Ulrich Wittchen, Michael Höfler, Cécile Henquet ; Arch Gen Psychiatry. 2011 Jun;68(6):555-61. Epub 2011 Feb 7.
- (7) ONU Drug Report 2011. Cannabis, pág : 175-267.
(www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf)
- (8) Campañas de drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
(<http://www.msc.es/campanas/campanas06/drogas2.htm>)
- (9) Consumption of medicines, alcohol, tobacco and cannabis among university students: a 2-year follow-up ; Caamaño-Isorna F, Mota N, Crego A, Corral M, Rodríguez Holguín S, Cadaveira F. ; Int J Public Health. 2011 Jun;56(3):247-52. Epub 2010 Oct 27.
- (10) Early intervention for psychosis ; Marshall M, Rathbone J. ; Cochrane Database Syst Rev. 2011 Jun 15;(6):CD004718. Review.
- (11) The Endocannabinoid System and the Brain. ; Mechoulam R, Parker LA. ; Annu Rev Psychol. 2012 Jul 12.
- (12) Endocannabinoid modulation of dopaminergic motor circuits. ; Morera-Herreras T, Miguelez C, Aristieta A, Ruiz-Ortega JÁ, Ugedo L. ; Front Pharmacol. 2012;3:110. Epub 2012 Jun 12.
- (13) Cardiometabolic effects of rimonabant in obese/overweight subjects with dyslipidaemia or type 2 diabetes ; Scheen AJ, Van Gaal LF. ; Rev Med Liege. 2007 Feb;62(2):81-5.
- (14) Cannabinoid type 1 receptor antagonists for smoking cessation. ; Cahill K, Ussher MH. ; Cochrane Database Syst Rev. 2011 Mar 16;(3):CD005353.
- (15) Motion sickness, stress and the endocannabinoid system. ; Choukèr A,

- Kaufmann I, Kreth S, Hauer D, Feuerecker M, Thieme D, Vogeser M, Thiel M, Schelling G. ; PLoS One. 2010 May 21;5(5):e10752.
- (16) The cannabinoid receptor 1 gene (CNR1) and multiple sclerosis: an association study in two case-control groups from Spain.; Ramil E, Sánchez AJ, González-Pérez P, Rodríguez-Antigüedad A, Gómez-Lozano N, Ortiz P, Arroyo R, De las Heras V, Vilches C, García-Merino A.; Mult Scler. 2010 Feb;16(2):139-46. Epub 2009 Dec 9.
 - (17) Endocannabinoid system and psychiatry: in search of a neurobiological basis for detrimental and potential therapeutic effects ; Marco EM, García-Gutiérrez MS, Bermúdez-Silva FJ, Moreira FA, Guimarães F, Manzanares J, Viveros MP. ; Front Behav Neurosci. 2011;5:63. Epub 2011 Oct 5.
 - (18) Assessment of surveys of adolescents about smoking and the use of alcohol and cannabis in Spain; Villalbí JR, Suelves JM, Saltó E, Cabezas C.; Adicciones. 2011;23(1):11-6.
 - (19) Encuesta ESTUDES 2010; página 12/18.
http://www.dep7.san.gva.es/tabaquismo/PRESENTACION_ESTUDES_2010.pdf
 - (20) Observatorio Europeo de las drogas y las toxicomanías. Informe anual del 2008.
 - (21) Arendt M, Mortensen PB, Rosenberg R, Pedersen CB, Waltoft BL. Familial predisposition for psychiatric disorder: comparison of subjects treated for cannabis-induced psychosis and schizophrenia.
 - (22) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment . Area (ECA) Study. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. National Institute of Mental Health, Rockville Md US; JAMA. 1990 Nov 21;264(19):2511-8.
 - (23) Cannabis use and misuse prevalence among people with psychosis. Green Bob, Young R, Kavanagh D. ; Br J Psychiatry 2005 October;187:306-13.
 - (24) Cannabis and schizophrenia: impact on onset, course, psychopathology and outcomes.; Bersani G, Orlandi V, Kotzalidis GD, Pancheri P. ; Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2002 April;252(2):86-92.
 - (25) Disruption of frontal θ coherence by $\Delta 9$ -tetrahydrocannabinol is associated with positive psychotic symptoms. Morrison PD, Nottage J, Stone JM, Bhattacharyya S, Tunstall N, Brenneisen R, Holt D, Wilson D, Sumich A, McGuire P, Murray RM, Kapur S, Ffytche DH. ; Neuropsychopharmacology. 2011 Mar;36(4):827-36. Epub 2010 Dec 8.
 - (26) Delta-9-tetrahydrocannabinol effects in schizophrenia: implications for cognition, psychosis, and addiction.; D'Souza DC, Abi-Saab WM, Madonick S, Forselius-Bielen K, Doersch A, Braley G, Gueorguieva R, Cooper TB, Krystal JH.; Biol Psychiatry. 2005 Mar 15;57(6):594-608.
 - (27) Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts.;

Andreasson S, Allebeck P, Engstrom A, Rydberg U. ; Lancet 1987 December 26;2(8574):1483-6.

- (28) Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review; Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A et al.; Lancet 2007 July 28; 370(9584):319-28. UK
- (29) Clasificación de los trastornos psiquiátricos CIE-10: www.psicoactiva.com
- (30) The environment and schizophrenia: the role of cannabis use.; Henquet C, Murray R, Linszen D, van Os J.; Schizophr Bull. 2005 Jul;31(3):608-12. Epub 2005 Jun 23.
- (31) The evaluation of effectiveness of scholastic programs in the prevention of consumption of tobacco, alcohol and cannabis: what do meta-analyses tell us?; Fernández S, Nebot M, Jané M.; Rev Esp Salud Publica. 2002 May-Jun;76(3):175-87.
- (32) Rate of Cannabis Use Disorders in Clinical Samples of Patients With Schizophrenia: A Meta-analysis; Johanna Koskinen, Johanna Löhönen, Hannu Koponen, Matti Isohanni, Jouko Miettunen; Schizophr Bull. 2010 November; 36(6): 1115–1130.